

PENERAPAN TERAPI SPESIALIS *ASSERTIVENESS TRAINING* PADA KLIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN TEORI ADAPTASI ROY: LAPORAN KASUS

Nanang Khosim Azhari*, Achir Yani Syuhaimie Hamid, Ice Yulia Wardani

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jl. Prof. DR. Sudjono D. Pusponegoro, Kukusan, Kecamatan Beji, Kota Depok, Jawa Barat 16425, Indonesia

*nanang.jiwaku@gmail.com

ABSTRAK

Perilaku kekerasan merupakan respons terhadap stressor yang ditunjukkan dengan perilaku mencederai diri sendiri, merusak lingkungan, dan mencederai orang lain, baik dilakukan secara verbal maupun dalam bentuk perilaku. Perilaku kekerasan dapat menimbulkan berbagai macam dampak seperti peningkatan biaya perawatan, sehingga perlu segera ditangani. Salah satu tindakan keperawatan yang dapat digunakan untuk klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah *Assertiveness Training* (AT). Penulisan karya ilmiah ini bertujuan untuk menggambarkan hasil tindakan *Assertiveness Training* (AT) pada klien risiko perilaku kekerasan. Metode yang digunakan yaitu laporan kasus. Analisis dilakukan dengan cara mengukur tanda gejala dan kemampuan sebelum dan sesudah diberikan tindakan keperawatan AT pada 4 pasien risiko perilaku kekerasan. Hasil pemberian terapi AT menunjukkan terjadi penurunan tanda gejala risiko perilaku kekerasan dan peningkatan kemampuan pasien, namun pada umumnya pasien masih meninggalkan 1 tanda gejala. Dapat disimpulkan pemberian terapi AT ini bermanfaat untuk menurunkan tanda gejala dan meningkatkan kemampuan klien risiko perilaku kekerasan.

Kata kunci: adaptasi roy; *assertiveness training*; risiko perilaku kekerasan

APPLICATION OF SPECIALIST THERAPY ASSERTIVENESS TRAINING (AT) ON CLIENTS WITH RISK OF VIOLENT BEHAVIOR USING ROY ADAPTATION THEORY APPROACH: CASE REPORT

ABSTRACT

Violent behavior is a response to stressors that are shown by self-injuring behavior, damaging the environment, and injuring others, both verbally and in the form of behavior. Violent behavior can cause various impacts such as increased treatment costs, so it needs to be addressed immediately. One of the nursing measures that can be used for clients at risk of violent behavior is Assertiveness Training (AT). Writing this scientific paper aims to describe the results of Assertiveness Training (AT) actions on clients who are at risk of violent behavior. The method used is case reports. The analysis was carried out by measuring signs and symptoms and abilities before and after being given AT nursing actions in 4 patients at risk of violent behavior. The results of AT therapy showed a decrease in signs of risk of violent behavior and an increase in the patient's ability, but in general, patients still left 1 symptom. It can be concluded that the provision of AT therapy is useful for reducing signs and symptoms and increasing the client's ability to risk violent behavior.

Keywords: adaptation of roy; assertiveness training; risk of violent behavior

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa merupakan kondisi yang dapat didiagnosis secara klinis yang memiliki pengaruh signifikan pada proses berpikir seseorang (Evans et al., 2016). Gangguan jiwa sendiri banyak macamnya, salah satu yang sering dijumpai di Rumah Sakit Prof Dr. Soerojo Magelang yaitu skizofrenia. Menurut WHO jumlah angka gangguan jiwa di dunia adalah 450 juta jiwa termasuk skizofrenia (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Di Indonesia angka prevalensi Rumah Tangga dengan Anggota Rumah Tangga (ART) Gangguan Jiwa Skizofrenia/ Psikosis di Indonesia sebanyak 6,7 permil. Data prevalensi Rumah Tangga

dengan ART Gangguan Jiwa Skizofrenia/Psikosis di Jawa Tengah pada tahun 2018 adalah 8,7 permil (Risksdas, 2018).

Skizofrenia diartikan sebagai terpecah atau terpisahnya antara kemampuan berpikir, afeksi (perasaan), dan psikomotor (tingkah laku) yang menyebabkan ketidaksesuaian antara pemikiran dan emosi, atau persepsi seseorang yang berbeda dengan keadaan sebenarnya (Sovitriana, 2019). Penelitian lain mengutarakan bahwa seseorang dengan gangguan jiwa secara umum cenderung melakukan kekerasan (Van Dorn et al., 2012). Dampak perilaku kekerasan lain yaitu mencederai diri sendiri, orang lain serta lingkungan sekitar (Stuart et al., 2016). Manajemen asuhan keperawatan ners spesialis untuk klien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu peningkatan kesadaran diri, edukasi klien dan *Assertiveness Training* (AT) (Keliat et al., 2019; Stuart et al., 2016). Pemberian latihan asertif juga dapat memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan pasien oleh karena itu direkomendasikan untuk diterapkan di ruang perawatan intensif psikiatri (Sodikin et al., 2015).

Pada praktek klinik keperawatan jiwa residensi 2 ini mahasiswa praktek di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Megalang. Rumah sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Megalang memiliki 12 ruang khusus untuk bangsal jiwa. Dimana setiap ruangan kurang lebih mempunyai kapasitas 20 tempat tidur. Hasil dari Rekap Mutu RSJ Soerojo Magelang pada bulan Maret 2021 klien yang mempunyai diagnosis halusinasi sebanyak 447 orang, RPK 192 dan isolasi sosial 244. Pada bulan April 2021 urutan 3 terbanyak masih ditempati halusinasi sebanyak 508, isolasi sosial 318 dan RPK 212. Mahasiswa residensi 2 saat berpraktek di ruang Antareja dan Abiyasa selama 11 minggu, menemukan sebanyak 25 orang mengalami RPK, isolasi sosial sebanyak 21 orang, halusinasi sebanyak 21 orang, harga diri rendah sebanyak 24 orang, defisit perawatan diri sebanyak 20 orang. Risiko perilaku kekerasan menjadi diagnosis terbanyak yang dijumpai mahasiswa selama praktek.

Perilaku kekerasan yang dilakukan klien, merupakan salah satu bentuk hasil dari adaptasi yang dilakukan oleh klien dalam mengatasi stressor yang dialami. Adaptasi dipandang sebagai hasil dari proses berpikir dan perasaan seseorang sebagai seorang individu atau kelompok dengan menggunakan kesadaran dan pilihan untuk berintegrasi dengan lingkungan (Roy & Andrews, 2008). Model adaptasi yang dikembangkan oleh Roy menekankan pada hubungan antara stimulus sebagai penyebab munculnya respons (Alligood & Marriner-Tomey, 2010). Proses adaptasi yang dikembangkan oleh Roy mampu mencakup semua aspek. Berdasarkan data tersebut penulis ingin menerapkan terapi AT pada klien risiko perilaku kekerasan dengan pendekatan teori adaptasi Roy. Laporan kasus ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang aplikasi terapi spesialis *Assertiveness Training* (AT) pada empat orang klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan melalui pendekatan Model Adaptasi Roy dan Stress Adaptasi Stuart.

METODE

Sasaran klien yang terlibat dalam penulisan laporan kasus ini adalah klien yang penulis kelola selama praktek di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dengan jumlah empat klien. Kriteria dalam pemilihan klien yaitu mempunyai diagnosis risiko perilaku kekerasan, tidak sedang halusinasi saat terjadi perilaku kekerasan dan belum pernah mendapat terapi *Assertiveness Training* (AT). Laporan Pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan ini penulis gambarkan dengan pendekatan teori Adaptasi Roy dan Stress Adaptasi Stuart. Modifikasi dari kedua teori tersebut yaitu (1) Input (Karakteristik pasien,

faktor predisposisi, faktor presipitasi, sumber koping), (2) Proses (pelaksanaan tindakan keperawatan), dan (3) Output (Evaluasi: pengukuran tanda gejala dan kemampuan).

HASIL

Input Asuhan Keperawatan

Karakteristik yang ada pada keempat klien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu klien berada pada rentang usia dewasa (29 th – 34 th), beragama islam dan laki-laki, suku jawa, rata-rata lama rawat sekitar 14 hari, tidak memiliki riwayat penyakit fisik.

Faktor Predisposisi biologi yang dominan yaitu riwayat gangguan jiwa sebelumnya dan paparan zat beracun rokok. Penyebab psikologis karena kepribadian tertutup, keinginan tidak terpenuhi dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan. Penyebab sosial budaya kurangnya sosialisasi, belum menikah, pendidikan, usia dan status pekerjaan.

Faktor Presipitasi paling banyak dari segi biologi yaitu putus obat, kemudian dari psikologis adanya pengalaman traumatis. Faktor sosial karena konflik dan masalah ekonomi.

Diagnosa Medis ketiga klien yaitu skizofrenia dan 1 skizoafektif. **Diagnosis Keperawatan** utama yaitu risiko perilaku kekerasan, selain itu diagnosis terbanyak berikutnya ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan, DPD dan HDR.

Proses Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Klien Risiko Perilaku Kekerasan

Hasil pengkajian dan asuhan keperawatan masing-masing klien dijelaskan seperti di bawah ini:

Tn E berusia 26 tahun, klien beragama islam, sholat 5 waktu secara mandiri, belum menikah dan perokok aktif. Klien mempunyai riwayat masuk rumah sakit jiwa pada tahun 2016. Keluarga menyampaikan bahwa klien berobat rutin, hingga 1 bulan sebelum klien mengalami kekambuhan pada bulan Maret tahun 2021. Pendidikan terakhir tamat SMK, klien belum menikah. Klien memiliki jumlah tanda gejala perilaku kekerasan sebanyak 21 dengan kemampuan 1. Asuhan keperawatan AT yang diberikan telah tuntas dengan 6x pertemuan, dengan menyisakan 1 tanda gejala yaitu nada suara tinggi.

Tn. B berusia 40 tahun, beragama Islam, sholat 5 waktu secara teratur, perokok aktif. Klien termasuk pengurus masjid di daerah setempat dan kadang menjadi imam di masjid dekat rumahnya. Klien mampu untuk menjaga kebersihan, mandi rutin 2x sehari minimal. Klien sudah berkeluarga dan memiliki 2 orang anak. Pendidikan terakhir tamat SD. Klien memiliki jumlah tanda gejala perilaku kekerasan sebanyak 20 dengan kemampuan 2. Asuhan keperawatan AT yang diberikan telah tuntas dengan 6x pertemuan, dengan menyisakan 2 tanda gejala yaitu nada suara tinggi dan nadi meningkat.

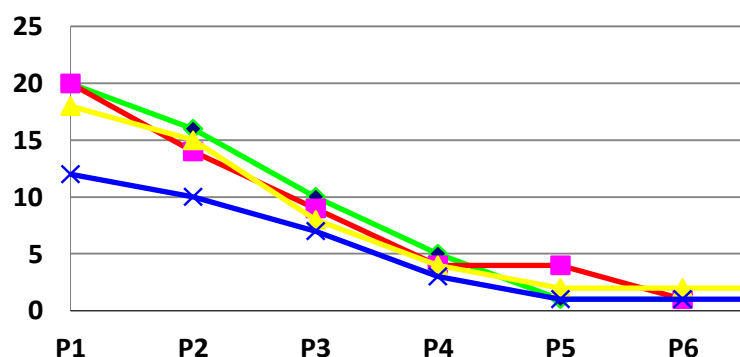
Tn. R berusia 34 tahun. Klien masuk rumah sakit sudah 4 kali tepatnya pada tahun 2005, 2010, 2017 dan 2021. Klien mampu untuk menjaga kebersihan diri. Klien beragama islam, belum menikah, perokok aktif dan tidak bekerja. Pendidikan tidak tamat SD. Klien memiliki jumlah tanda gejala perilaku kekerasan sebanyak 18 dengan kemampuan 1. Asuhan keperawatan AT yang diberikan telah tuntas dengan 7x pertemuan, dengan menyisakan 1 tanda gejala yaitu nadi meningkat.

Tn. T berusia 29 tahun. Klien dibawa ke RSJ dengan alasan marah-marah dan memukul orang. Masuk rumah sakit sebanyak 2x, pada tahun 2020 dan tahun 2021. Klien belum menikah, pendidikan terakhir SD dan perokok aktif. Tidak ada riwayat penyakit kronik. Klien memiliki jumlah tanda gejala perilaku kekerasan sebanyak 12 dengan kemampuan 1. Asuhan keperawatan AT yang diberikan telah tuntas dengan 7x pertemuan, dengan menyisakan 1 tanda gejala yaitu pusing.

Output Asuhan Keperawatan Evaluasi Hasil Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan ners generalis dan spesialis pada keempat klien telah tuntas diberikan dan dilatihkan. Hasil dari latihan dan tindakan yang telah diberikan mulai dievaluasi pada hari berikutnya atau mulai dievaluasi pada pertemuan ke dua sampai dengan selesai dilakukan intervensi. Pengukuran dilakukan pada saat awal setiap pertemuan, seperti yang tergambar pada tabel dan grafik dibawah ini:

Grafik Perubahan Tanda Gejala Klien
Perilaku Kekerasan (n=4)



Gambar di atas merupakan grafik tanda gejala pada keempat klien setelah dilakukan tindakan keperawatan generalis dan spesialis AT. Terlihat penurunan tanda gejala yang paling tajam adalah, dan lama waktu pemberian terapi AT juga paling sedikit. Rata-rata mengalami penurunan yang sangat signifikan yaitu pada pertemuan ke 3 dan ke 4. Perubahan kemampuan klien dinilai pada awal sebelum diberikan terapi dan sesudah diberikan terapi. Hasil akhir kemampuan individu klien meningkat semua menjadi 11. Dimana persebarannya dari 6 kemampuan ners generalis dan 5 kemampuan ners spesialis.

PEMBAHASAN

Input Asuhan Keperawatan Faktor Predisposisi

Biologi: Riwayat merokok dan gangguan jiwa sebelumnya menjadi faktor predisposisi klien mengalami gangguan jiwa. Semua klien merupakan perokok aktif dan 2 orang mempunyai riwayat alkohol. Klien dengan skizofrenia mempunyai prevalensi lebih tinggi yaitu sebanyak 40% dalam penyalahgunaan zat (Krause et al., 2019). Klien rata-rata merokok antara 1 – 2 bungkus setiap harinya. Klien mengatakan kebiasaan tersebut susah untuk dihilangkan, klien mengatakan bahwa ada yang kurang jika tidak merokok dan bibirnya terasa kecut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara merokok dengan gangguan spektrum skizofrenia akibat dari nikotin sebagai penyebab dari ketergantungan yang menyebabkan

terganggunya spectrum pada skizofrenia (Scott et al., 2018). Rokok dan alkohol, digolongkan dalam zat kimia berbahaya pada proses pengkajian Stuart. Model Adaptasi Roy menggambarkan bahwa, penggunaan rokok, alkohol dan narkoba merupakan bentuk mekanisme koping kognator yang tidak efektif. Klien berpikir dengan melakukan perilaku tersebut dapat mengurangi kecemasan atau masalah yang dialaminya. Namun melalui umpan balik hal tersebut kembali lagi ke stimulus kontekstual.

Psikologis: Pada klien ditemukan kepribadian tertutup dan pengalaman yang tidak menyenangkan. Stuart (2016) menjelaskan bahwa faktor psikologis adalah faktor-faktor yang berkaitan dengan kecerdasan, kemampuan verbal, moral, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, ketahanan psikis dan kemampuan mengontrol diri. Hasil penelitian mendapatkan hasil bahwa peristiwa yang trumatis atau tidak menyenangkan menjadi faktor predisposisi terjadinya masalah gangguan jiwa (Larøi et al., 2019). Faktor berikutnya dari psikologi yaitu kepribadian tertutup atau *introvert*. Hal ini dilakukan karena klien merasa bahwa dengan menceritakan masalah tidak akan menyelesaikan masalah dan ada yang menyatakan bahwa tidak ada orang terdekat yang bisa diceritakan masalahnya. Hal ini menurut Erikson merupakan salah satu bentuk dari kegagalan dalam tugas perkembangan. Erikson (2000 dalam Keliat, 2006)

Sosial Budaya: Semua klien berada pada rentang usia dewasa. Usia dewasa lebih banyak yang rentan dalam mengalami kegagalan (Stuart et al., 2016). Rata-rata distress psikologi terjadi pada usia sekitar 40 tahun (Fledderus et al., 2013). Penelitian lain juga memperoleh hasil bahwa sebagian besar klien di Rumah Sakit Jiwa mempunyai rentang usia antara 25 tahun hingga 60 tahun (Kandar & Iswanti, 2019; Rahayu et al., 2019). Faktor predisposisi lain yang ada pada klien yaitu status pekerjaan. Hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan yang kuat antara skizofrenia dan kemiskinan rumah tangga, di mana dukungan sosial dan beban pengasuhan mungkin memainkan peran penting dalam menengahinya (Yu et al., 2020). Aspek status sosial ekonomi yang rendah lebih banyak menghadapi kendala masalah kejiwaan yang menimbulkan perilaku kekerasan dibandingkan pada tingkatan sosial ekonomi yang lebih besar (Khatijah lim, 2020). Selain itu adalah faktor pendidikan klien yang rendah. Sebanyak 2 klien berpendidikan SD dan 1 tidak lulus. Hasil penelitian didapatkan bahwa pendidikan yang tinggi berhubungan dengan fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia (Shafie et al., 2021). Pengambilan keputusan yang baik dapat mempengaruhi semua aspek, tidak terkecuali dalam pengambilan keputusan kontrol maupun berobat.

Faktor Presipitasi

Biologi: Pada faktor presipitasi biologi penulis memperoleh data bahwa semua klien mengalami putus obat. Banyak penelitian mendukung hal tersebut, dimana tingkat kepatuhan minum obat berbanding lurus dengan tingkat kekambuhan (Khatijah lim, 2020; Samura & Tellen, 2019). Ketidapatuhan klien dalam pengobatan merupakan penyebab terbesar kekambuhan. Sebuah studi penelitian yang melibatkan 2.643 klien skizofrenia diperoleh hasil bahwa lebih dari 50% klien tidak patuh dalam pengobatan (Semahegn et al., 2020). Putus obat atau kepatuhan klien dalam pengobatan menjadi stressor yang langsung berdampak pada klien. Model Adaptasi Roy memandang stressor putus obat ini sebagai stimulus fokal. Selain faktor presipitasi biologi, faktor presipitasi psikologi dan sosial juga masuk kedalam stimulus fokal.

Psikologis: Faktor presipitasi psikologi yang ditemukan pada klien yaitu adanya keinginan yang tidak terpenuhi dan pengalaman yang tidak menyenangkan. Tidak semua klien mampu

beradaptasi dengan baik terhadap pengalaman yang tidak menyenangkan atau keinginan yang tidak terpenuhi tersebut, sehingga mengalami frustrasi yang mendalam dan jika semakin lama tidak teratasi rasa frustrasinya tersebut dapat mengakibatkan sakit (Yoseph et al., 2009). Hasil penelitian didapatkan bahwa peristiwa yang penuh stress dan yang tidak menyenangkan dapat menjadi penyebab pasien mengalami kekambuhan (Kamrul Hassan et al., 2020). Hasil penelitian lain didapatkan data bahwa pasien yang mengalami kejadian yang tidak menyenangkan dan diingat terus menerus rentan mengalami harga diri rendah kronik yang memicu depresi sampai skizofrenia (Justo et al., 2018).

Sosial Budaya: Faktor presipitasi sosial budaya yang terbanyak ditemukan pada klien yaitu adanya konflik baik dengan keluarga atau masyarakat atau teman. Menurut Roy lingkungan dijelaskan sebagai situasi yang berada di sekitar manusia. Lingkungan dapat menjadi stimulus baik fokal, kontekstual dan residual. Lingkungan juga diartikan sebagai berbagai bentuk kondisi yang berada di sekitar manusia dan dapat mempengaruhi manusia (Alligood & Marriner-Tomey, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Kandar (2019) di Rumah Sakit Jiwa Semarang juga diperoleh hasil bahwa salah satu faktor pencetus sosial budaya terbanyak yaitu adanya konflik sosial. Konflik dengan keluarga/teman/masyarakat yang tidak segera terselesaikan dapat memicu klien mengalami stressor yang berlebihan dan memanjang (Rinawati & Alimansur, 2016). Akibatnya klien dapat frustrasi dan emosional naik sehingga perilaku kekerasan timbul kembali sebagai bentuk penyelesaian masalah yang dipilih klien karena klien merasa tidak mempunyai alternatif lain.

Proses Asuhan Keperawatan

Stuart (2016) membagi tindakan keperawatan menjadi 3 strategi, yaitu pencegahan, antisipasi dan penahanan. Pada bangsal/ruangan tenang strategi yang digunakan adalah pencegahan karena gejala yang muncul sudah tidak sebanyak pada waktu awal masuk atau bahkan sudah tidak tampak. Salah satu tindakan yang dapat diberikan untuk klien risiko perilaku kekerasan pada strategi ini yaitu *Assertiveness Training* (AT). *Assertiveness Training* merupakan tindakan untuk melatih seseorang berperilaku asertif (Sadock et al., 2017).

Assertiveness Training yang penulis lakukan terdiri dari 5 sesi. Sesi pertama yaitu mengidentifikasi kejadian/peristiwa yang menyebabkan marah dan sikap saat marah serta latihan cara mengungkapkan kebutuhan dan keinginan secara asertif. Pada sesi 2 klien akan dilatih cara mengungkapkan kebutuhan dan keinginan secara asertif. Sesi ke 2 dapat dilanjutkan apabila klien telah mampu mengidentifikasi antara kebutuhan dan keinginan pada sesi 1, apabila klien dirasa masih belum mampu untuk melakukan hal tersebut maka harus diulang terlebih dahulu. Sesi berikutnya merupakan latihan mengatakan “tidak” untuk permintaan yang tidak rasional. Sesi 4 latihan menerima perbedaan pendapat dan menyampaikan pendapat. Sesi terakhir mengevaluasi manfaat perilaku asertif. Pelaksanaan *Assertiveness Training* yang penulis lakukan dapat tuntas dilakukan oleh semua klien. Hal ini ditunjang oleh daya tilik diri klien yang baik. Hal seperti yang diungkapkan salah satu klien yaitu klien mengatakan menyesali perbuatannya yang memukuli tetangganya dan akan meminta maaf sepulang dari rumah sakit. Daya tilik diri merupakan kesadaran diri klien akan dirinya terkait penyakit atau masalah yang dideritanya, dengan daya tilik yang bagus akan memudahkan penulis dalam memberikan AT karena klien merasa butuh untuk mengatasi masalahnya. Daya tilik diri yang bagus akan mampu menunjang proses kesembuhan klien kearah yang lebih baik (Suara, 2018).

Output Asuhan Keperawatan

Adaptasi Roy mengkalsifikasikan hasil akhir dari proses adaptasi menjadi 2 yaitu adaptif dan inefektif (Roy & Andrews, 2008). Adaptif merupakan hasil proses adaptasi yang asertif atau sesuai yang diinginkan, sedangkan inefektif merupakan kebalikan dari adaptif. Hasil proses adaptasi yang adaptif dapat dilihat melalui penurunan tanda gejala dan peningkatan kemampuan klien. Pemberian *Assertiveness Training* terbukti efektif dalam menurunkan tanda gejala dan meningkatkan kemampuan klien risiko perilaku kekerasan. *Assertiveness Training* tidak hanya efektif untuk digunakan pada klien di rumah sakit saja, klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan di masyarakat juga dapat ditekan tanda gejala agresifnya dengan AT (Nihayati et al., 2020).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Ustun & Kucuk (2020), menunjukkan hal yang serupa dimana klien yang diberikan *Assertiveness Training* juga mengalami peningkatan pada perilaku asertif klien. Individu yang asertif menciptakan hubungan interpersonal yang baik dengan orang lain dan dapat mengungkapkan berbagai pemikiran positif dan negatif tanpa merasa bersalah, cemas, atau melanggar hak orang lain (Eslami et al., 2016). Individu yang asertif dapat menciptakan hubungan interpersonal yang baik dengan orang lain, dan dengan demikian, perilaku kekerasan atau agresif individu dapat dikendalikan. Saat melakukan terapi latihan asertif, perawat psikiatri harus mempraktekkan prinsip-prinsip melakukan latihan ini, terutama prinsip komunikasi dengan klien.

SIMPULAN

Klien yang diberikan tindakan keperawatan generalis dan spesialis AT rata-rata mengalami penurunan tanda gejala dan peningkatan kemampuan pada pertemuan ke 3 dan ke 4. Paling lama dilakukan tindakan keperawatan AT selama 7 kali pertemuan. Dari 20 tanda gejala risiko perilaku kekerasan sebagian besar hanya meninggalkan 1-2 tanda gejala sisa yaitu nadi meningkat dan nada suara tinggi. Terjadi peningkatan kemampuan dari 1 kemampuan menjadi 11 kemampuan. Kemampuan generalis untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan yang terbanyak dimiliki yaitu relaksasi nafas dalam dan spiritual. Hasil tersebut menunjukkan bahwa penerapan terapi AT mampu untuk menurunkan tanda gejala serta meningkatkan kemampuan mengatasi risiko perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. Mosby/Elsevier. <https://books.google.co.id/books?id=WdRkPwAACAAJ>
- Eslami, A. A., Rabiei, L., Afzali, S. M., Hamidizadeh, S., & Masoudi, R. (2016). The Effectiveness of Assertiveness Training on the Levels of Stress, Anxiety, and Depression of High School Students. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(1), e21096–e21096. <https://doi.org/10.5812/ircmj.21096>
- Evans, K., Nizette, D., & O'Brien, A. (2016). *Psychiatric & Mental Health Nursing*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.co.id/books?id=MQFHDQAAQBAJ>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J.-P., Schreurs, K. M. G., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 142–151. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.007>

- Justo, A., Risso, A., Moskowitz, A., & Gonzalez, A. (2018). Schizophrenia and dissociation: Its relation with severity, self-esteem and awareness of illness. *Schizophrenia Research*, 197, 170–175. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.029>
- Kamrul Hassan, M., Inamul Islam, M., Hossain Muhammad Kazi Mostofa Kamal, A., & Julfikkar Alam, M. (2020). Factors Associated with Relapse of Schizophrenia in Bangladesh. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 8(3), 64. <https://doi.org/10.11648/j.ajpn.20200803.14>
- Kandar, K., & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149. <https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>
- Keliat, B. A. (2006). *Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. EGC.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. In *InfoDATIN* (p. 12).
- Khatijah lim, Y. A. (2020). *Faktor-Faktor Kekambuhan pada Klien Skizofrenia*. 5(June 2016), 321–330.
- Krause, M., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Bighelli, I., Gutsmedl, K., & Leucht, S. (2019). Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 29(1), 32–45. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.11.1105>
- Larøi, F., Thomas, N., Aleman, A., Fernyhough, C., Wilkinson, S., Deamer, F., & McCarthy-Jones, S. (2019). The ice in voices: Understanding negative content in auditory-verbal hallucinations. *Clinical Psychology Review*, 67, 1–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.11.001>
- Nihayati, H. E., Yusuf, A., & Fitryasari, R. (2020). Assertive Training : Role Playing on Ability Controlling Aggressive Behavior of people with Skizofrenia in Community. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(9), 786–794.
- Rahayu, S., Mustikasari, M., & Daulima, N. H. . (2019). Perubahan Tanda Gejala dan Kemampuan Pasien Harga Diri Rendah Kronis Setelah Latihan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga. *Journal Educational of Nursing(Jen)*, 2(1), 39–51. <https://doi.org/10.37430/jen.v2i1.10>
- Rinawati, F., & Alimansur, M. (2016). Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(1), 34. <https://doi.org/10.32831/jik.v5i1.112>
- Riskesdas, K. (2018). Hasil Utama Riset Kesehata Dasar (RISKESDAS). *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1–200. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>

- Roy, C., & Andrews, H. (2008). *The Roy Adaptation Model*. Pearson Prentice Hall.
https://books.google.co.id/books?id=-_IbAAAACAAJ
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Wolters Kluwer.
<https://books.google.co.id/books?id=7psUDAEACAAJ>
- Samura, M. D., & Tellen, T. M. (2019). Analisa Faktor Yang Mempengaruhi Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa Dengan Model Stres Adaptasi Stuart Di Rumah Sakit Jiwa Dan Ketergantungan Obat Sembada Medan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat & Gizi (Jkg)*, 1(2), 63–69. <https://doi.org/10.35451/jkg.v1i2.138>
- Scott, J. G., Matuschka, L., Niemelä, S., Miettunen, J., Emmerson, B., & Mustonen, A. (2018). Evidence of a Causal Relationship Between Smoking Tobacco and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 607. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00607>
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>
- Shafie, S., Samari, E., Jeyagurunathan, A., Abdin, E., Chang, S., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2021). Gender difference in quality of life (QoL) among outpatients with schizophrenia in a tertiary care setting. *BMC Psychiatry*, 21(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03051-2>
- Sodikin, M. A., Titin Andri Wihastuti, Supriati, & Lilik. (2015). Pengaruhlatihan Aasertif Dalam Memperpendek Fase Intensif dan Menurunkan Gejala Perilaku Kekerasan di Ruang Intensive Psychiatric Care Unit (IPCU) RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 3(2), 2.
- Sovitriana, R. (2019). *Dinamika Psikologis Kasus Penderita Skizofrenia*. Uwais Inspirasi Indonesia. <https://books.google.co.id/books?id=sYKGDwAAQBAJ>
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Elsevier Ltd.
- Townsend, M. C. (2010). *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications*. F.A. Davis Company.
<https://books.google.co.id/books?id=SXD2AAAAQBAJ>
- Ustun, G., & Kucuk, L. (2020). The effect of assertiveness training in schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 297–307. <https://doi.org/10.1111/ppc.12427>
- Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 487–503. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0356-x>
- Yoseph, I., Sri Puspawati, N. L. N., & Sriati, A. (2009). Pengalaman Traumatik Penyebab

Gangguan Jiwa (Skizofrenia) Pasien di Rumah Sakit Jiwa Cimahi. *Majalah Kedokteran Bandung*, 41(4), 194–200. <https://doi.org/10.15395/mkb.v41n4.253>

Yu, Y.-H., Peng, M.-M., Bai, X., Luo, W., Yang, X., Li, J., Liu, B., Thornicroft, G., Chan, C. L. W., & Ran, M.-S. (2020). Schizophrenia, social support, caregiving burden and household poverty in rural China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(12), 1571–1580. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01864-2>